

ZUSATZBLATT DER PFLEGE ZUM EINWEISUNGSFORMULAR

Wir melden folgende Patientin/folgenden Patienten an:

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Zivilstand:
Adresse:	Telefonnummer:
PLZ, Ort:	

Angehörige / Bezugspersonen

1. Name:	2. Name:
Vorname:	Vorname:
Adresse:	Adresse:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Telefonnr.:	Telefonnr.:
Grad der Beziehung:	Grad der Beziehung:

Ernährung

- Sonde / parenterale Ernährung
- Aspirationsgefahr Ja Nein
- isst teilweise alleine mit Unterstützung/Supervision
- isst völlig selbständig

Soziale Interaktion

- normale soziale Interaktion
- Compliance Ja
- Compliance teilweise

Persönliche Hygiene / An- und Auskleiden

- Körperpflege unselbständig / 1 od. 2 Pflegepersonen*
- teilweise selbständig mit Unterstützung, Supervision
- selbständig mit Hilfsmittel
- selbständig

Transfers bei RollstuhlfahrerInnen / Hilfsmittel

- Rollstuhl
- Böckli, Rollator, Shopper *
- Stöcke
-

Mobilität

- bettlägerig
- Transfer mit viel Unterstützung 1 od. 2 Personen
- Transfer selbständig
- gehen mit Hilfsmittel / Begleitung
- selbständiges Gehen, aber kein Treppensteigen
- selbständiges Gehen und Treppensteigen

Ausscheiden / Toilette

- stuhl- und urininkontinent*
- Katheter
- Topf/Urinflasche*
- Nachtstuhl/WC unselbständig
- WC-Benützung selbständig

*Zutreffendes unterstreichen

Orientierung

- desorientiert (Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht viel Überwachung
- desorientiert, braucht Supervision
- leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsschwierigkeiten
- zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Einweisende Stelle

Klinik/ Heim: Name Arzt: Telefon: Ort, Datum: Stempel & Unterschrift einweisender Arzt:	Pflegezentrum Paul Herzog, Leitung Langzeitpflege J.J. Wepferstrasse 12 8200 Schaffhausen Tel.: +41 (0)52 634 92 01 Fax: +41 (0)52 634 92 98 E-Mail: paul.herzog@spitaeler-sh.ch
--	--